

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 13

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉGÉNÉRESCENCES CALCAIRES

DES

FIBROMES DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Décembre 1920

PAR

Paul COYAUD

Né à Nantes, le 18 juin 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		ETIENNE, agrégé.		
		DELMAS, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DÉGÉNÉRESCENCES CALCAIRES
DES
FIBROMES DE L'UTÉRUS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0126

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 13

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉGÉNÉRESCENCES CALCAIRES

DES

FIBROMES DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 Décembre 1920

PAR

Paul COYAUD

Né à Nantes, le 18 juin 1888

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *Président*.
MASSABUAU, professeur.
ETIENNE, agrégé.
DELMAS, agrégé.

{ *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. DERRIEN.....	DOYEN
FORGUE (O ✱).....	ASSESSEUR
N.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. FEDENAT (O ✱)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱)
Physique médicale.....	IMBERT (✱)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✱)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✱)
Physiologie.....	HEDON (✱)
Histologie.....	VIALLETON
Clinique médicale.....	DU CAMP (✱)
Anatomie.....	GILIS (✱)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET (✱)
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱) (✱)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱)
Microbiologie.....	LISBONNE
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	VEDEL
Médecine légale et toxicologie.....	N...
Clinique gynécologique.....	DR. ROUVILLE
Clinique d'oto-rhino.....	MOURET

Doyens honoraires : MM. VIALLETON, MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaires honoraires : MM. GOT, IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mat. syphil. et cutanées.....	N...
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O ✱, ✱, a. l. ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ✱, ✱, a. l. ch. de c.)
Pathologie externe.....	ETIENNE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	N...
Stomatologie.....	WATON ✱ (✱), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIÈRE.....	MM. CABANNES.....	MM. ETIENNE.....
GRYNFELT (✱).....	P. DELMAS.....	MESTREZAT
LEENHARDT.....	RUZIERE.....	LAPEYRE.
GAUSSEL (✱) (✱).....	J. DELMAS (✱).....	MARGAROT.
RICHE (✱).....	RIMBUD ✱.....	STROHL.

Examineurs de la thèse

MM. FORGUE, profes., <i>président</i> .	MM. ETIENNE, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur valoir ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Gage de profonde affection.

A MA FEMME, A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

P. COYAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SOUBEYRAN

*Qui a bien voulu m'autoriser à publier
deux observations personnelles.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE NANTES

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

P. COYAUD.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉGÉNÉRESCENCES CALCAIRES

DES

FIBROMES DE L'UTÉRUS

LES ORIGINES DE CE TRAVAIL

Une excellente intervention d'un de nos Maîtres, qui aboutit à la mise en évidence d'une évolution assez singulière d'un cas de pierre utérine, a été l'origine de ce travail.

M. le professeur-agrégé Soubeyran, avec son amabilité coutumière, a bien voulu nous fournir tous les renseignements nécessaires pour nous permettre de présenter une observation complète de ce cas.

De notre côté, vivement intéressé, nous avons essayé de rechercher dans la littérature médicale ce qui avait pu être publié de particulièrement intéressant sur des cas analogues ou voisins, et grâce aux conseils éclairés

qui ne nous firent jamais défaut, il nous a semblé qu'il pouvait être utile de présenter le résultat de nos recherches comme une sorte de schéma de l'état actuel de la question des dégénérescences calcaires des tumeurs utérines.

Cette sorte de schéma, dont nous ne nous dissimulons pas les imperfections en tant que très modeste apport à l'étude de ces formes de dégénérescences, nous le présentons comme travail de fin de scolarité.

I

HISTORIQUE

La question des pierres utérines paraît être connue par les anciens auteurs. Hippocrate rapporte le cas d'une servante thessalienne, qui accoucha d'un calcul utérin. Ces « lapides in utero nati » étaient d'ailleurs pour ces anciens auteurs considérées comme de véritables calculs analogues à ceux fournis par la vessie, le rein, les voies biliaires. Cette conception datant d'Hippocrate et complètement fautive, était encore celle de Louis (1753), dans son mémoire à la Société Royale de chirurgie.

Avec Roux (1809) et Meckel (1818), apparaît la notion moderne de transformation calcaire d'un fibrome. Rob-Lee, en 1855, et à sa suite Arnott, Trunet, Ashwell, Lehndert adoptent le même point de vue et citent d'autres exemples.

En 1879, J.-T. Everett rapporte, dans un mémoire important trente trois cas de fibromes ayant subi l'évolution calcaire.

Cruveilhier, dans son traité, consacre à ces formations un assez long article.

Thorn, en 1894, essaya de déterminer le mode de formation et l'évolution des pierres utérines.

Hyenne, en 1898, consacre aux formations calcaires un chapitre de sa thèse.

L'année suivante, Bernard, puis Fouquet, présentent à la société anatomique des pièces fort intéressantes. Lomer et Blanc, un Montpelliérain, consacrent à cette question leur thèse inaugurale, de même Guibé qui avec Piquand ont fourni les contributions fondamentales au problème qui nous occupe.

Nous devons enfin signaler le travail d'ensemble le plus récent sur la question, c'est celui du Montpelliérain Gasquet (1910).

CHAPITRE II

ETIOLOGIE DE LA DEGENERESCENCE CALCAIRE

S'il faut en croire Cruveilhier, la fréquence de cette dégénérescence serait très grande, elle serait au contraire très rare d'après Pozzi.

Cette opposition, pour certains auteurs, se résout très facilement si l'on considère que les fibromes calcifiés sont surtout l'apanage des vieilles femmes, qu'ils évoluent le plus souvent sans fracas, et qu'ils s'offrent ainsi beaucoup plus souvent à l'autopsie qu'à la clinique.

A l'encontre, Piquand fait état d'une statistique portant sur 1.041 cas de fibromes qui lui donne un pourcentage de 3 p. 100.

La condition étiologique la plus importante paraît être l'âge. Le maximum de fréquence se maintient autour de 50 à 60 ans. La ménopause paraît pour les auteurs la condition favorisante, en y ajoutant le terrain arthritique, qui paraît de toute manière être une condition prédisposante.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La question de savoir quelle classe particulière de fibromes est particulièrement atteinte par la dégénérescence calcaire provoque des réponses différentes chez les divers auteurs.

Guibe, en se basant sur la statistique des 89 cas de fibromes qu'il a pu réunir et qui donne :

34 fibromes interstitiels ;

30 fibromes sous péritonéaux ;

3 fibromes muqueux ;

conclut que les sous-séreux et les interstitiels constituent la presque totalité des fibromes calcifiés.

La calcification est un processus qui, en général respecte le col ; cependant il existe dans la littérature médicale quelques cas de calcification de tumeurs du col.

Le volume des tumeurs calcifiées est très variable, depuis les petits nodules multiples ne pesant que quelques grammes jusqu'aux énormes masses pesant 1.200, 1.500 grammes et quelquefois même 10 kilogrammes.

L'étude microscopique des fibromes calcifiés montre des aspects divers, suivant le degré d'avancement de l'infiltration calcaire, on peut distinguer deux types d'évo-

lution : une calcification à début central, dans laquelle on a en premier lieu des dépôts de granulation du volume d'un grain de chènevis puis le stade des travées sillonnant le tissu s'agglomérant au centre et rayonnant à la périphérie. Enfin en dernier lieu le stade de l'infiltration totale.

Dans la calcification à début périphérique, on aperçoit à la périphérie des granulations qui forment, en se réunissant, des sortes de placards, et enfin une sorte de gaine ou de coque, qui peut laisser indemne la partie centrale, mais ne manque pas de provoquer des processus de nécrobiose. Dans ce cas, la coque calcaire prolifère au dehors, émet des prolongements, des arêtes, des crêtes, qui peuvent se détacher ou produire de graves déchirures au moment de l'intervention ou sous l'influence de mouvements brusques.

L'étude microscopique des lésions a permis, dans quelques cas, de suivre la marche de l'infiltration calcaire : le myome subit d'abord la dégénérescence fibreuse, le tissu conjonctif prolifère et étouffe les cellules musculaires, qui finissent par disparaître. Les sels calcaires se déposent alors sous l'influence de grains microscopiques entre les fibrilles du tissu conjonctif ; ces granulations s'agglomèrent, le stroma conjonctif se nécrose complètement ; on a alors un amas amorphe, signature de la régression ultime.

Une question controversée est celle qui se rapporte au point particulier où se produit l'infiltration. Pour Piliet et Coste, l'infiltration serait primitivement périvasculaire, rappelant le mécanisme des dépôts calcaires fréquents dans les placentas des femmes âgées ; les aiguilles calcaires se forment en un sens déterminé, de la face

interne vers la face fœtale. Ce phénomène ne paraît pas exercer d'action sur le fœtus. Au contraire, d'après Piquand, elle se fait à distance, loin des vaisseaux, qui restent assez longtemps en dehors du processus de calcification, constituant, avec le tissu conjonctif et musculaire qui les entoure, des espaces comparables aux espaces portes du foie.

Le processus par dégénérescence fibreuse n'est d'ailleurs pas le seul. D'après Piquand, la calcification peut se produire par dépôt de granulations dans les fibres musculaires. A un premier stade, les fibres deviennent plus volumineuses, leurs extrémités s'arrondissent, leur noyau devient moins apparent, leur protoplasma s'infiltre peu à peu. Le tissu conjonctif, lui, reste sans atteinte. Puis les grains se multiplient, ils prolifèrent tout particulièrement à la périphérie du corps cellulaire et finissent par l'enrober presque complètement. A la longue, la tumeur prend l'aspect d'un rayon de ruche.

Dans beaucoup de cas, d'ailleurs, l'infiltration musculaire et conjonctive se réalisent concurremment.

Enfin, d'après une analyse faite par un de nos maîtres, il conviendrait de faire rentrer en ligne de compte un troisième centre de dépôt de granulations : les cellules lymphatiques.

IV

COMPOSITION CHIMIQUE

Les auteurs ont étudié la composition chimique des fibromes calcifiés, ils ont mis en évidence une proportion de matière organique de 25 à 35 pour 100, avec parfois des valeurs bien inférieures ou très supérieures, d'après le degré de dégénérescence de la pièce considérée.

Les substances inorganiques relevées à l'analyse sont :

Phosphate de chaux.....	20 - 25	pour 100
Carbonate de chaux... ..	30 - 40	—
Sulfate de chaux.....	10 - 15	—

Certains auteurs admettent que dans des cas, rares il est vrai, l'ossification devient une transformation pouvant venir s'ajouter à la calcification des fibromes. Pour Cruveilhier, la présence d'ostéides disséminés dans le corps fibreux en plus ou moins grand nombre arriverait à une ossification. Quoiqu'il en soit, la genèse de la calcification semble venir de la précipitation des sels de chaux tenus en dissolution dans le sang, cause diathésique, précipitation facilitée par les troubles circulatoires mécaniques d'athérome et d'artériosclérose, cause favorisante.

Ce qu'il importe de bien mettre en évidence, c'est l'absence complète de sels ammoniaco-magnésiens, fait qui permet de distinguer facilement un fragment de tumeur expulsée par le vagin d'un calcul vésical ou rénal.

V

PATHOGENIE

La pathogénie des transformations calcaires a été assez mal étudiée, il semble cependant légitime d'admettre que ces processus sont dominés par des troubles d'ordre vasculaire, et en particulier par des lésions athéromateuses des artères utérines.

Le processus général, comme nous l'avons vu, est un dépôt de granulations soit ~~au sein~~ des éléments conjonctifs, soit et parallèlement dans les fibres musculaires. Mais quelle est la cause de ces dépôts ? Quelques auteurs croient qu'il faut surtout faire appel aux troubles de la nutrition, si fréquents chez les artério scléreux. Des sels solubles se trouveraient dès lors en trop grande quantité dans le sang, les lésions vasculaires locales qui créent une véritable déhydratation locale du protoplasma cellulaire, toutes ces conditions favoriseraient singulièrement la précipitation des sels que le sang contient en surabondance.

Quoiqu'il en soit, il nous semble que l'on pourrait considérer la transformation calcaire, non comme une dégénérescence, mais comme un processus de défense organique, absolument analogue dans un autre ordre

d'idées aux formations calcaires au niveau du poumon tuberculisé. Dans un cas, nous avons le processus d'enrobage d'éléments nocifs, dans l'autre il y a transformation d'un processus hyperplasique en un système d'éléments inertes qui, dans certains cas heureux, peuvent être spontanément éliminés.

VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Observation originale due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran.

Enorme pierre utérine dans le cul-de-sac de Douglas.

Kyste de l'ovaire droit. — Laparotomie. — Guérison.

Mme X ..., de Saint-Gély-du Fesc, âgée de 61 ans, sans aucun antécédent, a deux enfants, est ménopausée depuis l'âge de 45 ans. Se présente à la consultation de M. le professeur Soubeyran, le 20 octobre 1919.

Depuis trois semaines environ, la malade se plaint de son abdomen, les douleurs sont profondes ; la paroi, sensible au moindre attouchement, est hyperesthésiée. Le ventre est ballonné, elle a vomi plusieurs fois, elle est restée plusieurs jours sans aller à la selle et présentait nettement des phénomènes d'obstruction intestinale. Son médecin a ordonné un copieux lavement d'huile d'olive, qui a provoqué une petite selle. La température se maintient autour de 37° 8.

A l'examen :

Le facies excellent, les traits sont cependant un peu tirés.

L'abdomen se montre très sensible, le moindre attouchement est douloureux. On sent nettement dans la région de la fosse iliaque droite un placard de réaction péritonéale. Par le toucher combiné, on localise :

a) Une tumeur abdominale siégeant dans la fosse iliaque droite : la moindre pression exercée à ce niveau est particulièrement douloureuse, la tumeur paraît grosse comme une tête d'enfant.

b) Au niveau du cul-de-sac postérieur vaginal, on sent une grosse masse qui paraît située dans le cul-de-sac de Douglas, cette masse donne une sensation toute spéciale de dureté. Le col est repoussé en avant, et le fond de l'utérus ne peut être senti.

En somme, étant donné le caractère particulier de la tumeur sentie au niveau du cul-de-sac postérieur, on pose le diagnostic de fibrome calcifié occupant le cul-de-sac de Douglas, accompagné d'un kyste annexiel droit et d'une réaction péritonéale, et on conseille une intervention urgente.

Intervention : le 4 octobre 1919.

Anesthésie au chloroforme avec l'appareil de Beau-grand. Laparotomie. Incision médiane. La malade, très nerveuse, pousse continuellement. Les anses intestinales sont difficilement repoussées et maintenues.

On met à nu un kyste de l'ovaire droit noirâtre et violacé, à cause d'accidents hémorragiques, dûs à une torsion du pédicule. On procède tout d'abord à l'excision de ce kyste.

Après avoir rompu des adhérences du colon sigmoïde, on découvre la face postérieure de l'utérus, qui est petit et atrophique. Sur cette face postérieure, encore à demi inérusté dans la paroi, on aperçoit le noyau pierreux, du volume d'un gros citron ; cette masse, en partie énuclée,

occupe le cul-de-sac de Douglas. On dégage la portion encore incluse dans la paroi utérine, la plaie qui est ainsi formée saigne peu, l'utérus apparaît alors beaucoup plus petit que la masse calcaire elle-même. On suture la plaie utérine. Fermeture de la paroi et guérison complète en quinze jours.

Examen du fibrome calcifié :

La tumeur calcifiée est de forme ovoïde, avec une extrémité effilée en forme de pédicule, elle est très dure, du volume d'un poing, elle pèse 200 grammes.

OBSERVATION II

Enorme fibromyome utérin. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Présence de gros noyaux calcifiés

Mlle V..., institutrice à Sumène, entre à la villa Fourrier de l'hôpital Suburbain, le 10 avril 1908, pour une grosse tumeur abdominale.

Histoire. — La tumeur remonte à dix ans, elle n'a causé aucun trouble inquiétant, pas de pertes blanches, pas d'hémorragie. Elle gêne seulement par son volume, et la sensation de pesanteur qu'elle détermine. Pas de passé génital, de grossesse.

Examen. — Tumeur occupant tout le ventre, du pubis à l'appendice xyphoïde, elle paraît molle, mate et pseudo-fluctuante.

Vu son volume et sa consistance, on croit à un kyste de l'ovaire.

Opération le 14 août 1908. Laparotomie médiane dépassant l'ombilic en haut. On sort péniblement la

tumeur du ventre, et on pratique l'hystérectomie, suivant la technique habituelle des subtotaux.

Pièce anatômique. — Poids : 12 kilogrammes, aspect lisse, consistance molle, coloration rosée, les noyaux calcifiés siègent à la face postérieure, et ont le volume d'un œuf de poule.

Examen microscopique dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc.

Nous supprimons les parties de cette analyse se rapportant aux parties non calcifiées.

Au niveau des points où l'infiltration calcaire se produit, on constate que les lymphatiques renferment de nombreuses cellules volumineuses, dont le protoplasma est totalement rempli et présente une dégénérescence progressive.

En outre, des cellules de même type deviennent complètement libres et de plus en plus nombreuses au niveau des faisceaux musculaire, dont les fibres lisses subissent une disparition parallèle, et, à un moment, il ne reste plus qu'une trame à peine apparente, dont les mailles sont remplies de cellules à protoplasma granuleux et à un noyau dégénéré ; ces cellules sont constituées par des cellules musculaires lisses en dégénérescence progressive par des conjonctives proliférées et aussi par des mononucléaires.

Les fragments calcifiés présentent cette dernière structure : tissu conjonctif à fines travées et cellules à fines granulations dans les parties les moins dures, puis ces cellules disparaissent peu à peu dans un tissu contracté, formé uniquement de fibres conjonctives adultes, et parcouru par des vaisseaux sanguins.

Les granulations intra cellulaires sont brillantes, gris

jaunâtre et correspondent à une infiltration calcaire, qui est également intercellulaire et aboutit à l'atrophie totale des éléments cellulaires.

(Observation extraite d'un article : *Province médicale* 1910. Vingt quatre hystérectomies abdominales pour fibromyomes, par M. le professeur Soubeyran).

VII

EVOLUTION DES TUMEURS CALCIFIÉES

Dans beaucoup de cas, l'évolution est silencieuse, la porteuse de fibrome calcifié vit très normalement, sans qu'aucune symptomatologie vienne solliciter le diagnostic; ce sont ces cas qui donnent lieu à la découverte d'autopsies.

Dans d'autres cas, après une symptomatologie plus ou moins nette de fibrome et une longue période de silence, des phénomènes graves apparaissent. (Ex. Observation II du professeur Soubeyran.)

Dans certains cas, le fibrome calcifié suppure; suivant le lieu de développement du fibrome, on peut avoir une évacuation de pus soit par la voie vaginale (observation Bernard, Soc. anat., 1899), soit encore faire brusque irruption dans la cavité péritonéale et causer la mort. (Observation Bossi, Soc. anat., 1877.)

Toutefois, la symptomatologie du fibrome calcifié revêt en général un autre caractère.

Il faut mettre à part un certain nombre d'observations qui, par ailleurs, présentent un intérêt soit anatomo-pathologique, soit pathogénique, mais ne donnent pas à ce point de vue une représentation très nette.

Il s'agit de ces cas où la calcification n'est que partielle ou que totale, elle n'affecte que de tous petits nodules,

ce qui revient alors au fibrome pur et prédominant. (Observ. II de Guibé, observ. IV *id.*, observ. II de Gasquet.)

Que si le fibrome est totalement calcifié, s'il est dur, de gros volume, on comprend facilement que les tiraillements qu'il exerce sur les ligaments et les nerfs soient plus nocifs et que, dans certains cas (observ. Rieffel. Soc. anat., 1905), on voit apparaître des phénomènes de paraplégie. La grande symptomatologie est d'ordre compressif. La compression peut s'exercer soit en avant, soit en arrière.

En avant, nous avons une symptomatologie urinaire, on peut observer la simple compression vésicale amenant la rétention. (Cas cité par Louis.) Dans un cas de Guibé, on voit des accidents. Henning et Lomer ont rapporté des cas où la compression s'est exercée au niveau des uretères ; enfin, dans certains cas, la perforation vésicale peut se produire, la pression continue d'une tumeur amène du sphacèle, et, finalement, la fistulisation qui peut se réaliser sans grand fracas, en raison des adhérences contractées sur les pourtours.

Dans un cas de Demarquay (Société de chirurgie, 1859), la tumeur sous muqueuse avait perforé la paroi antérieure de l'utérus et les deux parois de la vessie sur l'étendue d'une pièce de 5 francs, pour venir en contact direct avec la symphyse pubienne. Il se crée une fistule vésico-utérine et, finalement, une péritonite à évolution lente qui emporte le malade. (Cité par Piquand.)

En arrière, nous avons une symptomatologie rectale : elle va aussi depuis la simple compression avec constipation, jusqu'à l'occlusion intestinale. Enfin, dans certains cas, par un processus absolument analogue à celui qui crée les fistules vésico-utérines, on voit apparaître

des fistules utéro-rectales. Lisfranc et Duret ont cité des cas de ce genre.

Les deux observations que nous rapportons présentent, à tous ces points de vue, de l'intérêt. L'observation II nous fait assister à la longue évolution silencieuse d'une tumeur, qui n'a jamais donné naissance à aucun phénomène grave. La tumeur pesait 12 kilogrammes, mais elle n'était que très partiellement calcifiée, puisque l'autopsie a montré l'existence de deux noyaux seulement de la grosseur d'un œuf. Aussi, symptomatologie réduite.

Par contre, en ce qui concerne l'anatomie pathologique, elle est fertile en enseignements, elle met en évidence un processus de calcification qui n'avait pas été mis en évidence par les auteurs, le processus d'infiltration par les lymphatiques.

Notre observation originale est curieuse à plus d'un titre : la tumeur était là complètement calcifiée ; elle est du volume de deux poings, elle pèse 200 grammes telle quelle, elle a pu produire des phénomènes d'occlusion intestinale, qui ont exigé une intervention immédiate. Comme dans le cas précédent, nous avons ici une longue évolution silencieuse, mais tout d'un coup et brusquement des complications alarmantes auxquelles d'ailleurs l'intervention vient immédiatement mettre terme.

Remarquons, d'autre part, que la tumeur était en partie énucléée, et en partie incluse dans la paroi utérine ; elle pouvait, dans le cul-de sac de Douglas où elle était située, exercer de la compression, mais en partie maintenue, elle n'avait pu produire du sphacèle et de la perforation comme dans certains cas que nous avons cités.

Enfin, fait digne d'être retenu, l'hystérectomie n'a pas été nécessaire. Une simple reconstitution de la paroi utérine a été suffisante.

VIII

DIAGNOSTIC

On a beaucoup dit sur ce diagnostic. En général, on le considère comme très difficile, et nous croyons cette opinion exagérée, à la condition qu'on veuille bien nous permettre une distinction.

Nous admettons tout de suite que, dans certains cas, le diagnostic est absolument impossible ; il s'agit de ces fibromes très partiellement calcifiés ou même de ces cas de calcification complète, mais infime par rapport à la masse totale. Dans ces cas, il est bien évident que la grosse masse fibreuse ne permet pas les explorations partielles, qui seraient nécessaires pour arriver à un ferme diagnostic.

Mais dans les autres cas où la tumeur est bien calcifiée, où elle revêt un volume et une dureté suffisantes, le palper et le toucher combiné, en l'absence de toute autre donnée symptomatique, doivent pouvoir permettre d'affirmer un diagnostic, d'autant que l'âge vient encore apporter son appoint de certitude.

Impossible, quoiqu'on ait pu dire, de confondre le fibrome calcifié suppurant et s'éliminant par les voies vaginales avec le cancer utérin. L'aspect de l'écoulement, son odeur, la présence de fragments calcifiés constituent des éléments de différenciation tout à fait nets.

IX

PRONOSTICS ET INDICATIONS OPÉRATOIRES

On peut, à la rigueur, envisager la régression calcaire comme un processus de défense et, dans certains cas, quand la calcification est toute limitée et réduite à quelques nodules, le pronostic n'est ni amélioré, ni assombri.

Dans les cas où la masse calcifiée revêt un volume et un poids important, ainsi qu'une dureté parallèle, on peut voir apparaître des complications inquiétantes et d'autant plus redoutables qu'elles surviennent brusquement.

Nous croyons qu'il faut poser, comme règle générale, que le diagnostic de fibrome étant posé, il ne faut différer l'intervention, à fortiori dans les cas de tumeurs calcifiées en application de la même règle on ne saurait non plus attendre.

Quelle est l'intervention qui convient ? A l'époque où ont été publiés de nombreux travaux relatifs à la question qui nous occupe, il aurait pu y avoir quelque hésitation. Actuellement, il nous semble que l'unanimité s'est faite, et que c'est l'hystérectomie abdominale qui se révèle comme étant le procédé de choix, avec cependant toute la réserve que comporte le cas de l'observation, où l'intervention a été limitée à une simple reconstitution de la paroi utérine.

X

CONCLUSIONS

1° La dégénérescence calcaire des fibromes utérins est beaucoup plus fréquente que ne l'ont cru certains auteurs ;

2° Cette dégénérescence est surtout fréquente après la ménopause, entre 40 et 50 ans, surtout chez les sujets artérioscléreux ;

3° On trouve tantôt un processus de calcification périphérique, tantôt un processus de rayonnement du centre à la périphérie ;

4° Dans tous les cas, c'est par un dépôt de granulations, soit au sein du tissu conjonctif, soit au sein du tissu musculaire, soit enfin au sein des cellules lymphatiques, que l'infiltration calcaire des tissus se réalise ;

5° La symptomatologie est absente ou inquiétante, suivant le degré de compression exercé par la tumeur ;

6° Le diagnostic, dans les cas où la thérapeutique offre vraiment de l'intérêt, n'est pas aussi difficile qu'ont voulu le prétendre certains auteurs ;

7° Le diagnostic étant posé, l'intervention de choix, paraît être l'hystérectomie abdominale.

BIBLIOGRAPHIE

- ROUX. — Mélanges de Chirurgie, 1809.
MECKEL. — And. der Patho. Anat., 1818.
ARNOTT. — Med. chir. transact., 1840.
BOSTOCK. — Med. chir. transact., 1845.
BRIGGS. — American journal of obst., 1887.
COSTES. — Thèse de Paris, 1895.
DURET. — Semaine Gynéc. 1897, p. 234.
HYENNE. — Etude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibromyomes (thèse Paris, 1898).
BOUQUET. — Soc. anat. 1900.
BLANC. — Thèse de Montpellier, 1900.
GUIBÉ. — De la calcification des fibromyomes (thèse de Paris, 1901).
PIQUAND. — Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus (thèse de Paris, 1905).
SOUBEYRAN. — Vingt-quatre hystérectomies abdominales. (*Province Médicale*, 1909).
HALLOPEAU et RAYMOND. — Soc. de Chir., 1906.
pour fibromes utérins, 1910.
GASQUET. — De la calcification des fibromes (thèse Montpellier, 1910).
NADAL (Pierre). — Soc. Anat., 1913.

N.-B. — Pour les renseignements bibliographiques complémentaires consulter les thèses de GUIBÉ, PIQUAND et GASQUET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 27 novembre 1920.

P^r le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil l'Université,
J. VIANEY.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 26 novembre 1920.

Pour le Doyen :
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

